



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema por placenta
previa en Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca 2017 - 2018.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

AUTORA:

July Jimena Tanta Llanos (ORCID: 0000-0001-5520-5319)

ASESORA:

Mg. Cristina Raquel Bendezú Gamboa (ORCID: 0000-0001-9171-8074)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Salud Materna y Perinatal

TRUJILLO-PERÚ

2019

Dedicatoria

A Dios, por ser el Eje principal en nuestras vidas, quien nos ayuda a enfrentar cada obstáculo que se presenta, brindando seguridad y fortaleza para contribuir en el logro profesional y servir a nuestra sociedad.

A mi familia, mi esposo e hija, por ser el motivo que me impulsa a seguir adelante, por su apoyo incondicional ante las diversas situaciones, los llevo siempre en mi corazón y son mi mayor motivo para cumplir mis objetivos.

A mis padres, Alejandro y Rosario, por siempre brindarme el apoyo moral y la confianza que depositan en mí, que hace que tenga un mayor impulso para lograr mis objetivos. Los amo.

July Jimena

Agradecimiento

A la Universidad César Vallejo, Escuela de Post Grado y Escuela Académico Profesional de Obstetricia, a cada una de las docentes por los conocimientos impartidos, en especial a la Dra. Ana Peralta, por su paciencia, consejos y ayuda para culminar esta especialidad.

Agradezco a mi asesora, Mg. Cristina Raquel Bendezú Gamboa, por su valiosa ayuda y orientación constante en la realización de la presente tesis de investigación.

Al “Centro de Salud Pachacútec” porque gracias a su apoyo se hizo posible la recolección de datos para poder realizar el presente trabajo de investigación.

July Jimena

Página del Jurado

 UCV UNIVERSIDAD CAYMA VILLANOVA	ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS	Código: F07-PP-PB-02-02
		Versión: 10
		Fecha: 10-06-2019
		Página: 1 de 1

El Jurado encargado de evaluar la tesis presentada por don
 (a) Julio Antonio Tanta Llanos
 cuyo título es Efectos de riesgo asociados a la movilidad
materna, en recién nacidos con placenta previa en
Centro de Salud Pichanati Cajamarca 2017-
2018

Reunido en la fecha, escuchó la sustentación y la resolución de preguntas por
 el estudiante, otorgándole el calificativo de: 15 (número)
QUINCE (letras).

Trujillo (o Filial) 10 de Junio del 2019

[Firma]
 PRESIDENTE

[Firma]
 SECRETARIO

[Firma]
 VOCAL



Revisó: [Firma]
 Vicerrectorado de Investigación / VDEI / Rectorado UCV
 NOTA: Cualquier documento impreso diferente del original, y cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera del
 Campus Virtual Trujillo serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

Declaratoria de autenticidad

Declaratoria de autenticidad

Yo, Tanta Llanos, July Jimena, con DNI 46009400, estudiante de la Segunda Especialidad de Emergencias obstétricas de la Escuela de Postgrado, a efecto de cumplir con las disposiciones vigentes consideradas en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad César Vallejo, declaro bajo juramento que todos los datos e información que acompañan a la Tesis titulada "Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa en Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca 2017 - 2018", son:

1. De mi autoría
2. He respetado las normas internacionales de citas y referencias para las fuentes consultadas; por tanto la tesis no ha sido plagiada ni total, ni parcialmente.
3. La tesis no ha sido autoplagiada; es decir, no ha sido publicada ni presentada anteriormente para obtener algún grado académico previo o título profesional.
4. Los datos presentados en los resultados son reales, no han sido falsificados, ni duplicados, ni copiados y por tanto los resultados que se presenten en la tesis se constituirán en aportes a la realidad investigada.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponda ante cualquier falsedad, ocultamiento u omisión tanto de los documentos como de información aportada, por lo cual me someto a lo dispuesto en las normas académicas vigentes de la Universidad César Vallejo.

Trujillo, 10 de Diciembre del 2019.



Tanta Llanos, July Jimena
DNI 46009400

Indice

	Pág.
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Página del Jurado.....	iv
Declaratoria de autenticidad.....	v
RESUMEN	vii
ABSTRACT	viii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MÉTODO.....	8
2.1 Tipo y diseño de investigación.....	8
2.2. Población, muestra y muestreo.....	8
2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.....	9
2.4. Procedimiento.....	9
2.5. Métodos de análisis de datos.....	10
2.6. Aspectos éticos.....	11
III. RESULTADOS.....	12
IV. DISCUSIÓN.....	18
V. CONCLUSIONES.....	22
VI. RECOMENDACIONES.....	23
VII. REFERENCIAS... ..	24
VIII. ANEXOS.....	28

RESUMEN

Esta investigación de casos y controles tuvo como objetivo determinar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, durante los años 2016 - 2017, para ello se evaluó 39 historias clínicas de gestantes con morbilidad materna extrema, a través del análisis documental. Para establecer significancia estadística se utilizó el test chi cuadrado y el test exacto de Fisher, y para determinar la asociación se utilizó la razón de probabilidades (odds ratio-OR). Obteniendo como resultados que, de la totalidad de gestantes con morbilidad materna extrema, el 30.8% presentó diagnóstico de placenta previa; además se determinó relación estadística significativa entre los factores obstétricos número de gestas ($p<0.01$), número de partos ($p<0.05$), período intergenésico ($p<0.05$), antecedente de cesárea ($p<0.01$) y el factor clínico antecedente de placenta previa ($p <0.05$) con la morbilidad materna extrema por placenta previa. Asimismo se encontró que los factores asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa, fueron el número de gestas con un OR 1.857, antecedente de cesárea OR 4.857, y antecedente de placenta previa OR 4.000 como factores de riesgo; y los factores número de partos OR 0.084 y período intergenésico OR 0.140 como factores protectores. Concluyéndose que existen factores de riesgo obstétricos y clínicos asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa.

Palabras clave: factores de riesgo, morbilidad materna extrema, placenta previa.

ABSTRACT

This investigation of cases and controls aimed to determine the risk factors associated with extreme maternal morbidity for previous placenta in pregnant women attended at the Pachacutec Health Center, during the years 2016 - 2017, for these purpose 39 clinical records of pregnant women with extreme maternal morbidity were evaluated, through documentary analysis. To establish statistical significance, the chi-square test and Fisher's exact test were used, and to determine the association, the odds ratio (odds ratio-OR) was used. Obtaining as results that, of all pregnant women with extreme maternal morbidity, 30.8% presented a diagnosis of previous placenta; In addition, a statistically significant relationship was determined between obstetric factors, number of deeds ($p < 0.01$), number of births ($p < 0.05$), intergenic period ($p < 0.05$), history of caesarean section ($p < 0.01$) and the clinical factor history of previous placenta ($p < 0.05$) with extreme maternal morbidity from previous placenta. It was also found that the factors associated with extreme maternal morbidity by previous placenta, were the number of deeds with an OR 1,857, a history of caesarean section OR 4,857, and a history of a previous placenta OR 4,000 as risk factors; and the factors number of births OR 0.084 and intergenic period OR 0.140 as protective factors. Concluding that there are obstetric and clinical risk factors associated with extreme maternal morbidity due to previous placenta.

Keywords: risk factors, extreme maternal morbidity, previous placenta.

I. INTRODUCCIÓN

La mortalidad materna es un problema sanitario público que se presenta a nivel internacional, pero que incide mayoritariamente en países en desarrollo, por lo que continúa siendo un problema global de sumo interés. Por tal motivo, el objetivo número 3 de Desarrollo Sostenible, explica la necesidad de lograr buena salud y fomentar el bienestar de todos. Y aunque en las últimas décadas, se han tenido grandes avances en relación al descenso de la mortalidad materna mundial, la cual ha disminuido 37% desde el año 2000, sin embargo, aún es insuficiente para alcanzar la propuesta de tener una tasa menor a 70 muertes maternas para el año 2030.^{1,2}

Cada minuto transcurrido ciento diez gestantes a nivel mundial padecen complicaciones de salud relacionada con su gestación, muriendo cerca de mil seiscientas mujeres por complicaciones obstétricas sobre todo en países en vías de desarrollo. Y por cada muerte ocurrida en países latinos, ciento treinta y cinco presentaron complicaciones obstétricas, quedando treinta con secuelas. En nuestro país, cada día existe dos muertes por complicaciones en la gestación, durante el parto y postparto, y ochocientas cincuenta y seis sufren complicaciones obstétricas”.^{3,4}

Aunque los casos de mortalidad materna son superados por aquellos de morbilidad materna extrema (MME), los cuales son cualquier condición obstétrica de gravedad que requiere un manejo urgente para prevenir la muerte materna, y es considerada un suceso adverso que complica la gestación, parto o postparto. Por este motivo, la mortalidad materna no manifiesta todo el problema sanitario obstétrico, pues por cada muerte materna hay diversas patologías que necesitaron atención hospitalaria y algunas que necesitaron manejo en la unidad de cuidados intensivos. Por este motivo, evaluar la MME proporciona información de los factores asociados, que al ser identificados permitirá establecer estrategias para reducir la mortalidad materna, convirtiéndose en una herramienta útil para evaluar e incrementar la calidad de los servicios de salud maternos en países en desarrollo.^{5,6}

El concepto de MME muestra indirectamente la calidad de los servicios de atención materna, siendo uno de los temas que ha captado actualmente mayor atención internacionalmente, por su cercana asociación con la muerte materna. Los criterios para definirla se apoyan en la

existencia de por lo menos una de tres criterios propuestos tradicionalmente: identificar una enfermedad específica, desarrollar disfunción orgánica o necesitar otras intervenciones para salvar su vida.^{7,8}

La tasa de MME se encuentra en Latinoamérica en 4.9% y en nuestro país la razón es 9.4 por cada 1000 nacidos vivos, siendo las causas principales las enfermedades hipertensivas (42.2%) y hemorragias (17.5%), y entre algunos factores de riesgo asociados se consideró mujeres con edad de 36 años a más, nivel educativo bajo, multípara, sin atención prenatal, y un corto o prolongado período intergestacional. El Instituto Nacional Materno Perinatal peruano reportó el 2018, 290 casos de MME, de los cuales 2.8% son por hemorragias del II trimestre, entre las que se encuentra como una de las causas, la placenta previa que representa aproximadamente la tercera parte de estas hemorragias. Además, refiere que las hemorragias pre y postparto, tienen un índice de mortalidad del 6.1.^{9,10,11}

De este modo, las políticas sanitarias pública se vienen centrando particularmente en la MME y tomando en cuenta las embarazadas y puérperas sobrevivientes.⁴ En este contexto, el Centro de salud Pachacútec situado en Cajamarca, a una altura de 2750 msnm, es un establecimiento de salud I – 4, que recibe pacientes de 7 establecimientos pertenecientes a la provincia de Cajamarca y de otras microrredes, ya que está ubicado al borde de la carretera. Atiende aproximadamente 180 pacientes y de 10 a 15 emergencias por día. Y es en este Centro de Salud, donde se ha observado casos de MME, algunas de las cuales se han presentado en gestantes con placenta previa, la mayoría detectadas por ecografía originando un diagnóstico precoz de placenta previa, por lo que surge la idea de esta investigación.

Entre algunas investigaciones relacionadas a las variables de investigación, se encontró a nivel internacional a Rodríguez K, Tuñón M¹² (Colombia, 2018). realizado con el objetivo de determinar el comportamiento de la MME en mujeres hospitalizadas, siendo un estudio descriptivo, que consideró 24 casos de MME. Hallando que, procedían de zona rural (58%), nivel escolar secundaria completa (46%), amas de casa (79%), en unión libre (83%), ingreso bajo (79.2%=19) la mayoría con embarazos deseados, asistencia al control prenatal, con aseguramiento al sistema de salud. La identificación de signos y síntomas son hemorragia obstétrica severa (4%). Del total de MME, el 71% no presentó disfunción orgánica durante

el embarazo, el 13% presentó enfermedad hepática, el 8% enfermedad respiratoria, 4% enfermedad renal. Concluyendo que, las variables sociodemográficas evidencian que la mayor parte de la población está en etapa adolescencia y adultez joven, con ocupación ama de casa, en unión libre, con nivel educativo de secundaria completa. Entre los antecedentes obstétricos, respecto a la atención prenatal cumplieron en su totalidad con la asistencia. Al investigar se determinó que las causas fueron obstétricas directas.

Henao L, Cañón M, Herrera M¹³ (Colombia, 2016). En una investigación realizada con el objetivo de tener la caracterización de gestantes con MME, en un estudio de serie de casos en 4842 partos. Encontrando como resultados que, 35 pacientes desarrollaron MME (0.72%), la mayoría de gestantes asistieron adecuadamente a sus atenciones prenatales, encontrando 43% casos de hemorragia, por causa uterina y placentaria, y 37% casos de enfermedades hipertensivas. Concluyendo que, la incidencia de MME en dicha institución es similar a la de su país.

Jurado N⁵ (Colombia, 2014). En una investigación realizada con el objetivo de evaluar los factores relacionado a MME en embarazadas, comparando con casos sin MME, a través de una investigación casos-contróles en 110 pacientes. Encontrando como factores significativos asociados a MME: ser de bajo nivel socioeconómico (p 0.000), haber tenido 2 o menos partos (p 0.000), realizar entre 0-3 controles prenatales (p 0.000). Y como factores protectores tener 3 o más hijos OR 0.6 (IC95: 0.2 - 0.8, p 0.000) y más de 6 atenciones OR 0.2 (IC95: 0.1 - 0.6, p 0.000). Concluyendo que, es importante promover actividades de prevención a todo nivel para evitar complicaciones

Gonzales L, et al¹⁴. (Colombia, 2013), realizaron una investigación con la finalidad de identificar si la MME está asociada al acceso y uso de servicios maternos, realizaron un estudio casos-contróles en 600 gestantes, encontrando los siguientes resultados: la edad, el nivel de instrucción, el número de embarazos, cesáreas previas y atenciones prenatales, no tuvieron relación significativa con MME. El porcentaje de retraso en buscar atención fue 32.0% y las deficiencias de calidad al atender (OR 8; IC 95: 5.0-13.7) estuvieron asociadas a MME. Concluyendo que, mejorar la calidad de atención puede contribuir en la reducción de MME evitables.

Amaral E et al¹⁵ (Brasil, 2012), realizaron una investigación con el objetivo de determinar los eventos perinatales adversos, la morbilidad materna aguda grave, la muerte materno-perinatal, en una intervención sanitaria para ayudar a mejorar el sistema de vigilancia; a través de un estudio descriptivo, en 4491 nacimientos y 95 casos de morbilidad materna extrema, obteniendo los siguientes resultados: 14% fueron adolescentes, una quinta parte tenía 35 años a más, casi la mitad no tenían actividad profesional, tres cuartas partes vivían con pareja y la mayoría acudió a atenciones prenatales con regularidad. Concluyendo que, la auditoría de MME permite comprender el espectro desde la morbilidad materna hasta la mortalidad y la importancia de promover la adhesión a los protocolos clínicos.

Amato R, Faneite P, Rivera C¹⁶, (Venezuela, 2011), en un estudio descriptivo con el objetivo de identificar la prevalencia de MME y el tipo de patologías más frecuentes, en 168 gestantes que ingresaron a parto con diagnóstico de patología obstétrica aguda severa. Encontrando una prevalencia de 69 por mil nacidos vivos, principalmente de edad de 20 a 25 años (35%), no casadas 95%, con nivel educativo bachillerato 69%. Además, predominaron las primigestas (40%), sin atención prenatal 33%, la mayoría tuvo enfermedades hipertensivas (61%), seguida de hemorragias (33%) y sepsis (7%). Concluyendo que, estas patologías presentan elevada prevalencia, afectando jóvenes y con primera gestación, principalmente por enfermedades hipertensivas.

Entre las investigaciones nacionales se encontró a Sánchez L¹⁷ (Cajamarca, 2018), en una investigación con el objetivo de identificar los factores relacionados a MME según enfermedad específica, en un estudio descriptivo, correlacional, prospectivo; realizado en 122 pacientes. Encontrando que, la prevalencia de MME fue el 19,7%, teniendo como causa principal la preeclampsia severa – eclampsia (87,5%), seguida del shock hipovolémico (12,5%). Los factores que se relacionan a la MME fue, cesareada anterior (p-valor=0,007), y embarazo no planificado (0,043). Concluyendo que, existen factores de riesgo biológicos, demográficos y del sistema de salud que se relacionan con la morbilidad materna extrema según enfermedad específica.

Baltodano-García D, Burgos-Miranda J⁶ (Lima, 2017), realizó una investigación observacional, casos-contróles, retrospectivo con el objetivo de identificar relación entre factores obstétricos y MME, en 102 gestantes. Encontrando que los factores asociados son

ser nulíparas OR ajustado 8 (IC 95 2.4-27.4), con cesárea anterior OR ajustado 5 (IC95 1.1-19.3), de corto periodo entre gestaciones OR ajustado 8 (IC 95 2.1- 27.2) y atenciones prenatales no adecuadas OR ajustado 3 (IC95 1.0-10.0). Concluyendo que, estos factores estuvieron relacionados a la presencia de MME.

Torres R¹⁸. (Lima, 2015), en una investigación descriptiva, analítica, realizada con el objetivo de identificar las características principales de MME, en 122 mujeres con MME. Teniendo como resultados que, la edad de 26 años en promedio, nivel de instrucción secundaria incompleta, sin controles, se relaciona con MME. La causa más frecuente fueron los trastornos hipertensivos (40,2%). La mayoría de ocupación ama de casa, vive en pareja, califica la atención de salud como regular. Concluyendo que, la MME es frecuente principalmente por enfermedades hipertensivas gestacionales.

Solórzano L³. (Lima, 2014), en una investigación de casos-controles, retrospectivo, realizada con la finalidad de determinar factores relacionados a MME, en un estudio, en 150 embarazadas, encontrando como factores de riesgo asociados a MME, fue ser adolescente (OR 3 IC95: 1.3 -7.9) o edad 25 a menos (OR 3 IC95: 1.2 -4.9), periodo corto entre gestaciones (OR 5 IC95: 1.3 -17.2), pocos controles prenatales (OR: 3.8 IC 95: 1.8 -7.8), e inicio tardío de los controles (OR: 4 IC95: 1.9 -7.8). Concluyendo que, el número inicio tardío e inadecuada atención prenatal, un corto periodo intergenésico, ser ≤ 19 años son factores de riesgo.

Entre los estudios locales se encontró a Villalobos I¹⁹. (Trujillo, 2017). En una investigación con el objetivo de evaluar los factores de riesgo para MME, en una investigación de casos-controles, en 232 pacientes. Encontrando que, 62% tenía entre 20-35 años, 60% procedían de zona urbana; el factor paridad tuvo OR 1.8. Concluyendo que, la paridad es un factor asociado al ingreso a la unidad intensiva por MME.

En el contexto de la MME y muerte materna, el proceso salud-enfermedad contiene una sucesión de acontecimientos que pueden llevar a la muerte. Sin embargo, coexisten otras condiciones o morbilidades que pueden incrementar el problema y complicar su salud. El indicador de muerte materna que muestra estas complicaciones se denomina MME. La MME

es un evento de interés sanitario público en una paciente con complicaciones maternas severas en que se previno un desenlace fatal.^{6,20}

La definición de MME según OMS, es el caso de una mujer que casi muere, pero sobrevivió una complicación materna en el embarazo, parto o postparto. Para la Federación Latinoamericana de Sociedades de Obstetricia y Ginecología es una severa complicación en la gestación, parto y postparto, que pone en riesgo su vida y demanda un cuidado inmediato para evitar muerte materna.^{6,20,21}

En el caso de placenta previa con hemorragia, ella se refiere a la hemorragia roja, rutilante, indolora, intermitente y progresiva, lo que puede llegar a ocasionar daño en el estado general de la paciente. En ocasiones no hay hemorragia y el diagnóstico se realiza por ecografía. Cuando la placenta previa está asociada a una cesárea anterior, debe sospecharse acretismo placentario y es necesario realizar ecografía Doppler para comprobarlo. En la placenta oclusiva total que no presenta hemorragia, se plantea cesárea después de la semana 37. Se puede concluir que la ubicación placentaria facilita la prevención de mayor riesgo. El riesgo de hemorragia se incrementa cuando existe disminución del tamaño del cérvix, vasa previa, cesárea previa o edad materna avanzada.⁴

La investigación se justifica en que es necesario determinar los factores asociados a la MME, pues es una situación de riesgo para muerte materna con enorme impacto negativo en las familias y comunidad. Contar con este control permitirá conocer cuántas gestantes demandan un mayor cuidado obstétrico y los servicios de apoyo necesarios para resolver estas complicaciones con la preparación de profesionales sanitarios para atender la MME.

El estudio tendrá relevancia social y es trascendente para la sociedad, porque permitirá conocer los factores relacionados a MME y poder prever actividades para reducir la tasa de muerte materna. Además, difundir los resultados permitirá que las autoridades del Centro de Salud Pachacútec instituyan políticas de mejora en beneficio de los usuarios y de la población que atiende. Las beneficiadas con los resultados de la investigación serán, por tanto, las gestantes que se atienden en el Centro de Salud Pachacútec.

Esta investigación tendrá implicancias prácticas porque al conocer más acerca de la morbilidad materna extrema y la placenta previa, se tomarán medidas para solucionar una amplia gama de problemas prácticos, como dar una atención de calidad y oportuna además de contribuir como antecedente para futuras investigaciones sobre todo a nivel local.

El presente estudio presenta un valor teórico pues llenará un vacío en el conocimiento sobre factores asociados a la MME en gestantes con placenta previa; y desde la gestión de salud, en base al diagnóstico obtenido, permitirá realizar futuras investigaciones para elaborar planes estratégicos que permitan optimizar una atención integral y por ende la satisfacción de las usuarias gestantes del Centro de Salud Pachacútec. Por lo que se formula el siguiente problema: ¿Existe asociación entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema por placenta previa en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca 2017 al 2018?.

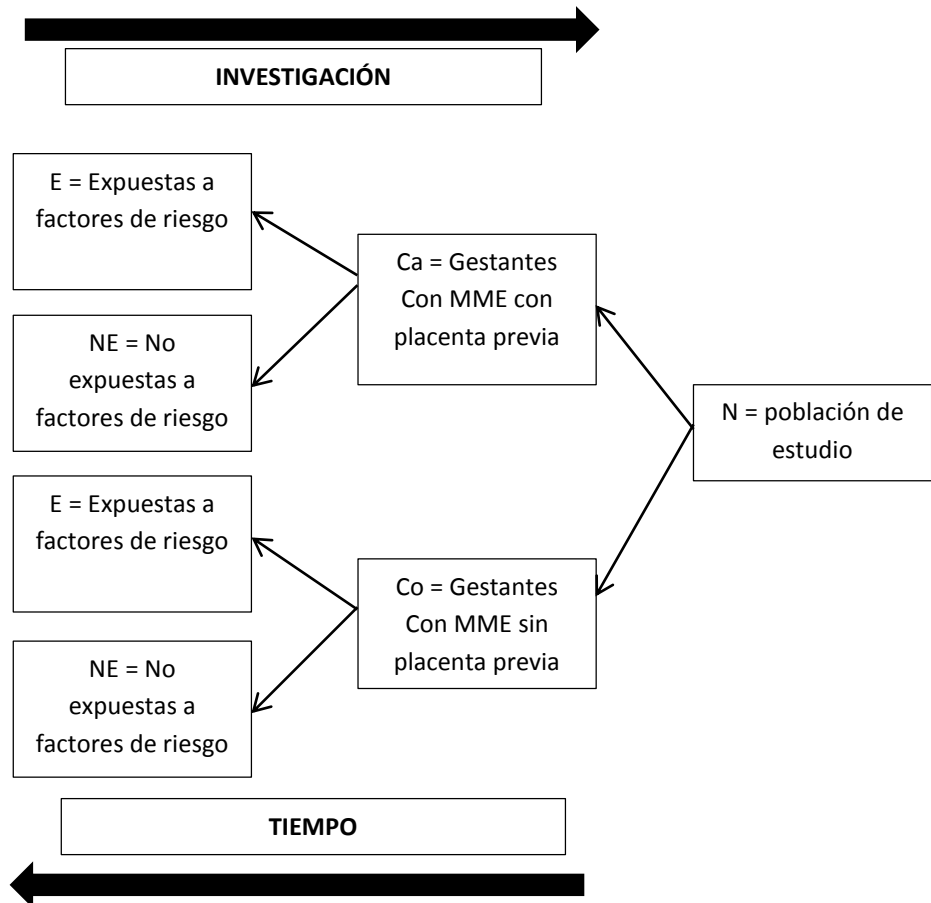
Se considera como hipótesis alterna, que existe asociación entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca 2017 – 2018. Y como hipótesis nula, que no existe asociación entre los factores de riesgo y la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca 2017 - 2018

El objetivo general del estudio es determinar los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec, durante los años 2017 - 2018. Y los objetivos específicos son: identificar la frecuencia de morbilidad materna extrema por placenta previa, determinar la relación entre los factores de riesgo obstétricos: número de gestas, número de partos, número de abortos, período intergenésico y antecedente de cesárea, con la morbilidad materna extrema por placenta previa; determinar la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos: edad, nivel educativo y estado civil, con la morbilidad materna extrema por placenta previa; y determinar la relación entre los factores de riesgo clínicos: anemia, número de atenciones prenatales y antecedente de placenta previa, con la morbilidad materna extrema por placenta previa.

II. MÉTODO

2.1 Tipo y diseño de Investigación

El tipo de investigación fue descriptivo, correlacional, con un diseño de casos y controles²³, con el siguiente esquema:



2.2 Población, muestra y muestreo

La población fueron 39 gestantes con morbilidad materna extrema atendidas en el Centro de Salud Pachacútec durante los años 2017-2018.

La muestra fue el total de población, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, por lo que no fue necesario utilizar muestreo alguno.

La unidad de análisis son todas las historias de gestantes con morbilidad materna extrema seleccionadas que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de selección:

Criterios de inclusión casos

- Historias clínicas de gestantes que recibieron atención hasta el final del embarazo.
- Historias clínicas de gestantes con diagnóstico de morbilidad materna extrema.
- Historias clínicas de gestantes de casos de placenta previa.
- Historias clínicas con registro completo de los datos necesarios de las variables estudiadas.

Criterios de exclusión casos

- Historias clínicas con alta antes del término de la gestación
- Historias clínicas con diagnóstico de morbilidad materna extrema y placenta previa, pero fallecieron durante la gestación, parto o postparto por cualquier causa directa o indirecta.
- Historias clínicas sin registro completo de datos necesarios en el estudio.

Criterios de inclusión controles

- Historias clínicas de pacientes que ingresaron y recibieron atención hasta el término de gestación.
- Historias clínicas que tuvieron diagnóstico de morbilidad materna extrema.
- Historias clínicas que no tuvieron diagnóstico de placenta previa.
- Historias clínicas de pacientes que cumplen con un registro completo de datos requeridos en el estudio.

Criterios de exclusión controles

- Historias clínicas de pacientes que reciben alta antes del término del embarazo
- Historias clínicas con diagnóstico de morbilidad materna extrema pero no de placenta previa, que fallecieron en la gestación, parto o postparto por cualquier causa directa o indirecta.
- Historias clínicas que no cumplen con registro completo de historia clínica.

2.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad

La técnica fue análisis documental de la historia clínica de las gestantes atendidas durante el año 2017-2018 correspondiente a la muestra.

El instrumento para recolectar los datos es una guía de análisis documental elaborado por la autora, la cual recoge los datos de todas las variables en estudio y está conformada por dos secciones, la primera recabará los datos de factores de riesgo maternos, que incluyen factores obstétricos: Número de gestas, partos y abortos, período intergenésico y antecedente de cesárea; los factores sociodemográficos: Edad, nivel educativo y estado civil; y los factores de riesgo clínicos: Anemia, número de atenciones prenatales y antecedente de placenta previa. Y la segunda parte datos de MME y placenta previa (anexo 1)

2.4 Procedimiento

La recolección de datos se inició presentándose ante el Jefe del Centro de Salud Pachacútec pidiendo permiso respectivo para aplicar la tesis, luego se acudió al jefe del servicio de gineco-obstetricia para conseguir la lista de gestantes con MME, que se encuentra en el sistema MONIGEST.

Después se solicitaron las historias al servicio de admisión para obtener los datos requeridos en la ficha de recolección de datos.

2.5 Métodos de análisis de datos

Los datos se ingresaron al paquete estadístico SPSS 24.0, y fueron presentados en tablas de entrada simple y doble.

Para analizar se utilizó estadísticos de distribución de frecuencias, para evaluar la relación entre variables se usó el test de Chi² y el test exacto de Fisher, y para evaluar la asociación se usó la razón de probabilidades (odds ratio-OR), en la discusión se utilizó la confrontación con investigaciones citadas en antecedentes y el marco teórico, las conclusiones se elaboraron en base a los objetivos planteados y resultados obtenidos.

El resultado del OR se interpreta como las otras medidas de razón. Si la OR tiene valor 1, el comportamiento del factor es indiferente; si el valor es mayor a 1, el factor se considera de riesgo, y si es menor 1 es factor protector.

2.6 Aspectos éticos

La presente tesis cumple las consideraciones éticas de la Declaración de Helsinki. Y se basó en los siguientes principios éticos:

Beneficencia: Incluye evitar el daño porque se tomarán los datos directamente de las historias, y se minimizan riesgos, además se usó el anonimato y los datos obtenidos solo serán utilizados para fines de investigación.

Justicia: Incluye el derecho de la persona a un trato justo y equitativo; y la privacidad, siendo que los datos obtenidos serán usados sólo para fines de investigación.

Criterios de rigor científico:

Confiabilidad: Incluye dar validez al constructo de la investigación para otorgar a los instrumentos e información recabada, exactitud y consistencia para efectuar generalizaciones de hallazgos, derivadas del análisis de las variables en estudio.

Transferibilidad o Aplicabilidad: Es el criterio que toma en cuenta el rigor metodológico en la investigación, y se refiere a la posibilidad de extender los resultados del estudio a otras poblaciones.³⁶

III. RESULTADOS

Tabla 1. Frecuencia de morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca durante los años 2017 – 2018

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA	N°	%
CON PLACENTA PREVIA	12	30.8
SIN PLACENTA PREVIA	27	69.2
TOTAL	39	100.0

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

En la tabla 1 del total de gestantes con morbilidad materna extrema, el 30.8% presentaba diagnóstico de placenta previa, mientras que el 69.2% no presentaba placenta previa.

Tabla 2. Relación entre los factores de riesgo obstétricos y la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca durante los años 2017 – 2018

FACTORES OBSTÉTRICOS		MORBILIDAD MATERNA EXTREMA				TOTAL		Medidas de relación
		CON PLACENTA PREVIA		SIN PLACENTA PREVIA				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Número gestas	≤ 1 (Primigesta)	0	0.0	13	48.1	13	33.3	X² = 8.667 p = 0.003 p < 0.01
	≥ 2 (Multigesta)	12	100.0	14	51.9	26	66.7	
Número partos	≤ 1 (Primípara)	1	8.3	14	51.9	15	38.5	X² = 6.647 p = 0.013 p < 0.05
	≥ 2 (Multípara)	11	91.7	13	48.1	24	61.5	
Número abortos	≤ 1	12	100.0	26	96.3	38	97.4	X² = 0.456 p = 1.000 p > 0.05
	≥ 2	0	0.0	1	3.7	1	2.6	
Período intergenésico	<2	3	25.0	19	70.4	22	56.4	X² = 6.955 p = 0.014 p < 0.05
	≥2	9	75.0	8	29.6	17	43.6	
Antecedente de cesárea	Si	5	41.7	0	0.0	5	12.8	X² = 12.904 p = 0.009 p < 0.01
	No	7	58.3	27	100.0	34	87.2	
TOTAL		12	100.0	27	100.0	39	100.0	

Chi cuadrado (X²) Test exacto de Fisher (p)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

La Tabla 2 muestra que los factores obstétricos relacionados de manera estadística significativa con la MME son: número de gestas (p<0.01), número de partos (p<0.05), período intergenésico (p<0.05) y antecedente de cesárea (p<0.01). En cambio, el número de abortos no tuvo relación significativa estadística (p>0.05).

Tabla 3. Relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca durante los años 2017 – 2018

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS		MORBILIDAD MATERNA EXTREMA				TOTAL		Medidas de relación
		CON PLACENTA PREVIA		SIN PLACENTA PREVIA				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Edad	≤ 35 años	11	91.7	25	92.6	36	92.3	X² = 0.10 p = 1.000 p > 0.05
	> 35 años	1	8.3	2	7.4	3	7.7	
Nivel educativo	Primaria o menos	4	33.3	9	33.3	13	33.3	X² = 0.000 p = 1.000 p > 0.05
	Secundaria o más	8	66.7	18	66.7	26	66.7	
Estado civil	Soltera	1	8.3	4	14.8	5	12.8	X² = 0.312 p = 1.000 p > 0.05
	En unión estable	11	91.7	23	85.2	34	87.2	
TOTAL		12	100.0	27	100.0	39	100.0	

Chi cuadrado (X²) Test exacto de Fisher (p)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

En la Tabla 3 respecto a la relación entre factores sociodemográficos y morbilidad materna extrema por placenta previa, los factores: edad, nivel educativo y estado civil, no tienen relación estadística significativa (p>0.05).

Tabla 4. Relación entre los factores de riesgo clínicos y la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca durante los años 2017 – 2018

FACTORES CLINICOS		MORBILIDAD MATERNA EXTREMA				TOTAL		Medidas de relación
		CON PLACENTA PREVIA		SIN PLACENTA PREVIA				
		Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Anemia	Si	2	16.7	6	22.2	8	20.5	X ² = 0.157 p = 1.000 p > 0.05
	No	10	83.3	21	77.8	31	79.5	
Número de atenciones prenatales	6 a más	9	75.0	21	77.8	30	76.9	X ² = 0.036 p = 1.000 p > 0.05
	Menor a 6	3	25.0	6	22.2	9	23.1	
Antecedente de placenta previa	Si	3	25.0	0	0.0	3	7.7	X ² = 7.313 p = 0.024 p < 0.05
	No	9	75.0	27	100.0	36	92.3	
TOTAL		12	100.0	27	100.0	39	100.0	

Chi cuadrado (X^2) Test exacto de Fisher (p)

Fuente: Instrumento de recolección de datos.

Interpretación:

En la Tabla 4 al evaluar la relación entre factores clínicos y morbilidad materna extrema por placenta previa, el factor antecedente de placenta previa tiene relación estadística significativa ($p < 0.05$), a diferencia de la anemia y el número de atenciones prenatales que no tuvieron relación significativa ($p > 0.05$).

Tabla 5. Asociación entre los factores de riesgo con la morbilidad materna extrema por placenta previa en gestantes atendidas en el Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca durante los años 2017 – 2018

FACTORES		MORB. MATERNA EXTREMA		TOTAL	Medidas de asociación OR (IC95%)
		CON PLACENTA PREVIA	SIN PLACENTA PREVIA		
		Nº	Nº	Nº	
FACTORES OBSTÉTRICOS					
Número gestas	≤ 1 (Primigesta)	0	13	13	OR 1.857 (1.301-2.651) p < 0.01
	≥ 2 (Multigesta)	12	14	26	
Número partos	≤ 1 (Primípara)	1	14	15	OR 0.084 (0.010-0.748) p < 0.05
	≥ 2 (Multípara)	11	13	24	
Número abortos	≤ 1	12	26	38	OR 0.684 (0.551-0.849) p > 0.05
	≥ 2	0	1	1	
Período intergenésico	<2	3	19	22	OR 0.140 (0.030-0.659) p < 0.05
	≥2	9	8	17	
Antecedente de cesárea	Si	5	0	5	OR 4.857 (2.510-9.399) p < 0.01
	No	7	27	34	
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS					
Edad	≤ 35 años	11	25	36	OR 0.880 (0.072-10.753) p > 0.05
	> 35 años	1	2	3	
Nivel educativo	Primaria o menos	4	9	13	OR 1.000 (0.236-4.231) p > 0.05
	Secundaria o más	8	18	26	
Estado civil	Soltera	1	4	5	OR 0.523 (0.052-5.246) p > 0.05
	En unión estable	11	23	34	
FACTORES CLÍNICOS					
Anemia	Si	2	6	8	OR 0.700 (0.119-4.104) p > 0.05
	No	10	21	31	
Número de atenciones prenatales	6 a más	9	21	30	OR 0.857 (0.175-4.206) p > 0.05
	Menor a 6	3	6	9	
Antecedente de placenta previa	Si	3	0	3	OR 4.000 (2.272-7.043) p < 0.05
	No	9	27	36	
TOTAL		12	27	39	

Fuente: Instrumento de recolección de datos

Interpretación:

En la Tabla 5 los factores asociados a morbilidad materna extrema por placenta previa, fueron los factores obstétricos: número de gestas con un OR 1.857 (1.301-2.651), antecedente de cesárea OR 4.857 (2.510-9.399) y el factor clínico antecedente de placenta previa con un OR 4.000 (2.272-7.043) considerados como factores de riesgo; y los factores obstétricos número de partos con OR 0.084 (0.010-0.748) y período intergenésico OR 0.140 (0.030-0.659) son considerados factores protectores.

IV. DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra la frecuencia de MME por placenta previa en las gestantes del Centro de Salud Pachacútec, Cajamarca, durante los años 2017 – 2018, la cual fue del 30.8%.

Esto nos muestra que la tercera parte de morbilidad materna extrema presenta de manera asociada el diagnóstico de placenta previa, porcentaje que es superior al atendido en otros departamentos del Perú, como el encontrado en una investigación realizada por Solórzano L³⁷ en Lima-Perú, quien refirió que el 2% de pacientes con morbilidad materna extrema tuvo diagnóstico de placenta previa.

Estos resultados son similares a los presentados por Henao L et al¹³, que encontraron en Colombia, que el 0.72% de partos presentan morbilidad materna extrema, de las cuales el 43% fue por hemorragia principalmente por causa uterina y placentaria, entre los que se incluye la placenta previa. Por otro lado, Galindo et al³⁸ en España en el 2010, publicaron un estudio retrospectivo comparando dos periodos 1991-2000 y 2001-2007, observando un incremento de placenta previa, abrupcio placentae y rotura uterina.

En la Tabla 2 se muestra la relación entre factores obstétricos y MME por placenta previa, encontrando que los factores relacionados de manera estadística significativa fueron el número de gestas y antecedente de cesárea ($p < 0.01$), número de partos y período intergenésico ($p < 0.05$). En cambio, el número de abortos no tuvo relación estadística significativa ($p > 0.05$). Evidenciándose que, el 100% de pacientes con MME y placenta previa, eran multigestas, habías tenido ninguno o máximo 1 aborto, el 91.7% eran multíparas, el 75% tenían un periodo intergenésico mayor o igual a 2 años, y el 58.3% antecedente de cesárea. En cambio, en las pacientes con MME y sin placenta previa, el 51.9% eran multigestas, el 51.9% eran primíparas, el 96.3% tuvo ninguno o máximo 1 aborto, el 70.4% tuvo un periodo intergestacional menor de 2 años, y el 100% no tuvo antecedente de cesárea. Esto indica que algunos factores obstétricos como el número de gestaciones y partos previos, el período intergenésico y el antecedente de cesárea tienen relación con la MME por placenta previa.

De manera similar Jurado N⁵, en Colombia, encontró que los factores relacionados a la MME fue la paridad ($p=0.000$). Asimismo, Amato R et al¹⁶, en Venezuela, determinaron que el 39.88% de casos de MME eran primigestas. Además, Sánchez L¹⁷, en Cajamarca, determinó que los factores que se relacionan con la MME fue tener cesárea anterior ($p=0,007$).

De manera contraria, Gonzales L, et al¹⁴, en Colombia, encontró que la MME no se asocia estadísticamente con las variables obstétricas como número de embarazos y cesáreas anteriores.

En la Tabla 3 se muestra la relación entre factores sociodemográficos y MME por placenta previa, encontrando que los factores: edad, nivel educativo y estado civil, no tienen relación significativa estadística ($p>0.05$). Encontrándose porcentajes muy similares en la distribución de estos factores en pacientes con MME con o sin placenta previa, siendo que más del 90% tenían una edad menor o igual de 35 años, más del 66% tenían un nivel educativo de secundaria o más, y más del 85% tenían una unión estable con sus parejas. Como se concluyen los factores sociodemográficos como edad, nivel educativo y estado civil no tienen relación con la MME por placenta previa

Resultados similares fueron encontrados por Rodríguez K y Tuñón M¹², en Colombia, al determinar el comportamiento de la MME, encontraron que, las gestantes eran de nivel escolar secundaria completa (46%), aunque en un estado civil de unión libre (83%). Asimismo, Amaral E et al¹⁵, en Brasil, encontraron que las gestantes con morbilidad materna aguda grave, 14% fueron adolescentes, una quinta parte tenía más de 35 años y tres cuartas partes vivían con una pareja estable.

También Amato R et al¹⁶, en Venezuela, encontraron como resultados que, la mayoría de edades entre 20-25 años (35.1%), no eran casadas 95,3%, con grado de instrucción bachillerato 68.5%. De la misma manera, Torres R¹⁸, en un estudio realizado en Lima, en el año 2015, encontraron que la MME estuvo asociada a edad materna promedio 26 años, nivel educativo: secundaria incompleta, y vivir en pareja.

Kilpatrick et al³⁹ en un estudio realizado en 16 hospitales, al comparar mujeres con MME versus mujeres sin MME encontraron relación con la edad materna > 35 años (33.6 vs 23.8%;

$p<0.0001$). Por otro lado, los resultados son similares a los reportados por Gonzales L, et al¹⁴ en Colombia, quienes encontraron que la MME no se relaciona con edad y nivel educativo.

En la Tabla 4 se muestra la relación entre los factores clínicos y la morbilidad materna extrema por placenta previa, encontrando que el factor antecedente de placenta previa tiene relación significativa estadística ($p < 0.05$), a diferencia de la anemia y el número de atenciones prenatales que no tuvieron relación significativa ($p > 0.05$). Esto nos indica que el factor clínico antecedente de placenta previa tiene relación con la MME por placenta previa.

Los datos son similares a los presentados por Rodríguez K y Tuñón M¹², en Colombia, quienes encontraron como resultados que, la mayoría de gestantes con MME tenían asistencia regular al control prenatal y no tuvo relación estadística. Asimismo, Henao L et al¹³, en Colombia, encontraron que la mayoría de gestantes con morbilidad materna extrema asistieron adecuadamente a sus controles prenatales. De la misma manera Jurado N⁵, en Colombia, determinó que tener entre 0-3 controles prenatales tiene relación estadística significativa con la MME ($p=0,000$). También Gonzales L, et al¹⁴, en Colombia, encontraron que las variables obstétricas como número de atención prenatal no se asociaron a MME.

A diferencia de lo encontrado por Amato R et al¹⁶, en Venezuela, en pacientes con diagnóstico de MME, encontraron que, la mayoría de pacientes tenían embarazos no controlados 32,62%. Y Baltodano-García D et al⁶, en Lima, en el año 2017, encontraron que el control prenatal inadecuado se asoció al desarrollo de MME. De la misma manera, Torres R¹⁸, en Lima-Perú, encontraron que la MME estuvo relacionada con falta de control prenatal.

En la Tabla 5 se presentan los factores relacionados a la morbilidad materna extrema por placenta previa, fueron los factores obstétricos: número de gestas con OR 1.86 (1.301-2.651), antecedente de cesárea OR 4.86 (2.510-9.399) y el factor clínico antecedente de placenta previa con un OR 4.000 (2.272-7.043) considerados como factores de riesgo; y los factores obstétricos: número de partos OR 0.084 (0.010-0.748) y período intergenésico con un OR 0.140 (0.030-0.659) considerados factores protectores.

Esto nos permite concluir que los factores obstétricos y clínicos se encuentran relacionados a MME por placenta previa, encontrando como factores de riesgo que, el número de gestas

mayor o igual a 2 gestaciones previas aumenta 2 veces el riesgo de presentar MME en gestantes con placenta previa, el antecedente de cesárea aumenta el riesgo 5 veces más de presentar morbilidad materna extrema en gestantes con placenta previa y el antecedente de placenta previa aumenta el riesgo 4 veces más de presentar MME en gestantes con placenta previa.

Los resultados son parecidos a los reportados por Baltodano-García D et al⁶, en Lima, quienes refirieron que, los factores relacionados a MME fue ser nulipara OR ajustado 8.1 (IC 95% 2.4-27.4), tener cesárea anterior con OR ajustado 4.6 (IC95% 1,1-19,3), periodo corto entre gestaciones con OR ajustado 7.6 (IC 95% 2,1- 27,2) e inadecuadas atenciones prenatales con OR ajustado 3.2 (IC95% 1,0-10,0). De la misma manera, Solórzano L³, en Lima-Perú, encontraron que los factores asociados a MME fue, ser adolescente (OR: 3.2 IC95%: 1,3 -7,9) tener edad 25 a menos (OR: 2.5 IC95%: 1,2 -4,9), el periodo corto intergestacional (OR: 4.8 IC95%: 1,3 -17,2) y pocas atenciones prenatales (OR: 3.8 IC 95%: 1,8 -7,8).

Sin embargo, estos resultados difieren de los encontrados por Jurado N⁵, en Colombia, quien encontró que los factores asociados a MME es el haber tenido 2 o menos partos (p 0.000) y realizar entre 0-3 atenciones prenatales (p 0.000), y los factores protectores fueron, tener más de 3 partos OR 0.6 (IC95: 0,17-0,82, p 0.00) y 7 o más atenciones prenatales OR 0.2 (IC95: 0.1-0.6, p 0,000).

V. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de gestantes con morbilidad materna extrema y placenta previa fue del 30.8%.
2. Los factores obstétricos relacionados de manera estadística significativa con la morbilidad materna extrema por placenta previa, son: número de gestas ($p < 0.01$), número de partos ($p < 0.05$), período intergenésico ($p < 0.05$) y antecedente de cesárea ($p < 0.01$).
3. Los factores sociodemográficos no se relacionan de manera estadística significativa con la morbilidad materna extrema por placenta previa ($p > 0.05$).
4. Los factores clínicos que se relacionan de manera estadística significativa con la morbilidad materna extrema por placenta previa es el antecedente de placenta previa ($p < 0.05$).
5. Los factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa, fueron los factores obstétricos: número de gestas con un OR 1.857 (1.301-2.651), antecedente de cesárea OR 4.857 (2.510-9.399) y el factor clínico antecedente de placenta previa con un OR 4.000 (2.272-7.043).

VI. RECOMENDACIONES

A los futuros investigadores, investigar más sobre el tema de la morbilidad materna extrema y sus factores relacionados, para que permitan reconocer posibles estrategias en la prevención de muerte materna y morbilidad materna extrema.

A los profesionales del Centro de Salud Pachacútec, establecer actividades de prevención de morbilidad materna extrema y placenta previa, como impulsar la atención preconcepcional para preparar futuras gestantes con embarazos más saludables.

A los profesionales de salud y el equipo multidisciplinario de los establecimientos de salud en general, capacitar al personal en el manejo adecuado de las morbilidades maternas extremas en la lucha contra la muerte materna, y capacitarlos en la elaboración de planes de intervención para prevenir morbilidad materna extrema.

VII. REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la salud. Trends in Maternal Mortality: 1990–2008. Geneva: WHO, 2010.
2. Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Estados Unidos. 2019. Disponible en: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>
3. Solórzano L. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en el Hospital Nacional Cayetano Heredia 2013. Tesis Para optar el Grado Académico de Magíster en Epidemiología. Lima: Universidad Nacional Mayor De San Marcos. 2013.
4. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). La morbilidad materna extremadamente grave, un reto actual para la reducción de la mortalidad materna. [En línea]; 2013.
5. Jurado N. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes. Trabajo de grado para optar al título de Especialista en Ginecología y Obstetricia. Bogotá: Universidad del Rosario; 2014. Disponible en: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/8686/24338460-2014.pdf?sequence=1>
6. Baltodano-García D, Burgos-Miranda J. Factores obstétricos asociados a morbilidad materna extrema en el Hospital Santa Rosa, enero – diciembre 2015. Tesis para optar el título profesional de médico cirujano. Lima: Universidad Ricardo Palma. 2017.
7. Say L, Souza JP, Pattison RC. Maternal near miss-towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. Best Pract Res Gin Obstet Gynaecol. 2009; 23: 287-96.
8. Callaghan WM et al. Severe Maternal Morbidity Among Delivery and Postpartum Hospitalizations in the United States. Obstet Gynecol. 2012; 120(5): 1029-1036.
9. Tuncalp Ö, Hindin MJ, Souza JP, Chou D, Say L. The prevalence of maternal near miss: a systematic review. BJOG: An international Journal of Obstetrics and Gynaecology, 2012: 119(6), 653-661
10. Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A. Global, regional and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015 with scenario-based projections to 2030: A systematic analysis by the maternal mortality estimation inter-agency group. Lancet 2016; 387: 462-474

11. Instituto Nacional Materno Perinatal. Sala situacional semana 1-52 del año 2018. Lima: Perú. INMP. 2018
12. Rodríguez K, Tuñón M. Comportamiento de la Morbilidad Materna Extrema en el Hospital Regional II nivel Nuestra Señora de las Mercedes. Corozal. 2018. Universidad de Sucre. Colombia. 2018.
13. Henao L, Cañón M, Herrera M. Caracterización de la morbilidad materna extrema en la clínica Universitaria Colombia: Una serie de casos. Rev.Medica.Sanitas 19 (2): 66-77, 2016
14. Gonzales L, Darío R, Vélez G, Agudelo S, Gómez J, Wylie J. Características de la atención hospitalaria y su relación con la morbilidad materna extrema en Medellín, Colombia 2012. Revista Panamericana de Salud Pública. 2014; 35, 15 – 22. Disponible en:
https://www.scielo.org/article/ssm/content/raw/?resource_ssm_path=/media/assets/rpsp/v35n1/03.pdf
15. Amaral E, Souza J, Surita F, Luz A, Sousa M, Cecatti J, Campbell O. A population-based surveillance study on severe acute maternal morbidity (near-miss) and adverse perinatal outcomes in Campinas, Brazil: The Vigimoma Project. [En línea]; 2012. Disponible en: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/11/9>.
16. Amato R, Faneite P, Rivera C. Morbilidad materna extrema. Revista de Obstetricia y Ginecología de Venezuela. 2011; 71(2):112-117.
17. Sánchez L. Factores de riesgo de la Morbilidad Materna Extrema según enfermedad específica. Hospital Regional Docente de Cajamarca-2017. Universidad Nacional de Cajamarca. 2018.
18. Torres R. Factores asociados en la morbilidad materna extrema Hospital Carlos Lanfranco La Hoz 2012-2014. Universidad de San Martín de Porres. 2015.
19. Villalobos I. Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema en pacientes, admitidas en la unidad de cuidados intensivos del Hospital Regional Docente de Trujillo. 2011 – 2015. Universidad César Vallejo. 2017.
20. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud pública: Morbilidad materna extrema. Colombia. 2017.
21. Oliveira FC. Morbilidad materna grave en los extremos de la edad reproductiva: resultados de un estudio multicéntrico, transversal nacional. Publicado en BMC Pregnancy and Childbirth. 2014; Febrero; 14:77.

22. Räisänen S. Placenta Previa y el riesgo de dar a luz un recién nacido pequeño para la edad gestacional. *Obstetric Gynecology*. 2014; 124 (201): 285-291
23. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación Científica México: McGraw-Hill; 2006
24. Surós A. Semiología médica y técnica exploratoria. Elsevier. 8a ed, España. 2001.
25. Almaraz M, Nohelia V, Beltrán L, Franz D, Torrico F. Factores que influyen la adherencia a la suplementación con sulfato ferroso durante el embarazo. *Gac Médica Boliv*. 2010 Jan; 33(2):21.
26. Ministerio de Salud. Guías Nacionales de Atención Integral de la Salud Sexual y Reproductiva, Dirección General de Salud de las Personas, 2004, Lima – Perú.
27. Centeno G, Crispin L. Período Intergenésico Prolongado como factor de riesgo para el desarrollo de Preeclampsia en gestantes atendidas en el Instituto Nacional Materno Perinatal, enero – marzo del 2013. Tesis: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2013.
28. Ros C, Bellart J, Hernández S. Protocolo de Cesárea. Clínica Barcelona. Servei de Medicina Materno-fetal. 2010. Disponible en:
<http://medicinafetalbarcelona.org/clinica/images/protocolos/obstetricia/cesarea.pdf>
29. Forost. Edad biológica y edad cronológica. Tercer Seminario Internacional de antropología forense. [base de datos en Internet]. c2013 [citado 09 may 2019]. Disponible en: http://forost.org/seminar/Tercer_seminario/Forost_Lilia2013.pdf
30. Eustat. Nivel de instrucción. Definiciones. [base de datos en Internet]. c2016 [citado 29 may 2019]. Disponible en:
http://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
31. Deconceptos. Concepto de estado civil. Ciencias Jurídicas. [base de datos en Internet]. c2016 [citado 15 may 2019]. Disponible en:
<http://deconceptos.com/ciencias-juridicas/estado-civil>
32. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para el manejo terapéutico y preventivo de la anemia en niños, adolescentes, mujeres gestantes y puérperas. R.M. 250-2017. Lima: Ministerio de Salud. 2017
33. Ministerio de Salud del Perú. Guía prácticas clínica para la atención de emergencias obstétricas según nivel de capacidad resolutive. Perú: Ministerio de Salud. 2007.
34. Cunningham G, Leveno K, Bloom S, Hauth J, Rouse D, Spong C. Williams Obstetricia. Mc Graw Hill. 23a ed, México. 2011.

35. Acelas D, Orostegui A, Alarcón M. Factores de riesgo para morbilidad materna extrema en gestantes sin demora en la atención médica según la estrategia camino para la supervivencia. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2016 Jun [citado 20 jul 2019] ; 81(3): 181-188. Disponible en:
https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262016000300003&lng=es.
<http://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300003>.
36. Guba E. Una evaluación eficaz: La mejora de la evaluación de los resultados de la evaluación a través de los enfoques de respuesta y naturalista. San Francisco. 1981
37. Solórzano L. Diagnóstico principal de las pacientes con Morbilidad materna extrema. Hospital Nacional Cayetano Heredia. 2013. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú. 2013
38. Galindo N, Roig N, Moreno A, Gurrea M, Alberola V, Diago V, Perales A. Near miss o casi pérdida en un hospital de referencia. Progr Obstet Ginecol. 2010; 53(10): 399-402.
39. Kilpatrick SJ et al. Confirmed severe maternal morbidity is associated with high rate of preterm delivery. Am J Obstet Gynecol. 2016; 215(2): 233-240

VIII. ANEXOS

Anexo 1

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociados a la morbilidad materna extrema por placenta previa en
Centro de Salud Pachacútec. Cajamarca 2016 – 2017

Nº Ficha de recolección de datos:

FACTORES OBSTÉTRICOS

1. Número de gestaciones: \leq a 1 (Primigesta) () \geq a 2 (Multigesta) ()
2. Número de partos: \leq a 1 (Primípara) () \geq a 2 (Multípara) ()
3. Número de abortos: \leq a 1 () \geq a 2 ()
4. Período intergenésico: $<$ a 2 años () \geq a 2 años ()
5. Antecedente de cesárea: Si () No ()

FACTORES SOCIO DEMOGRÁFICOS

6. Edad: \leq a 35 años () $>$ 35 años ()
7. Nivel educativo: Primaria a menos () Secundaria a más ()
8. Estado civil: Soltera () En unión estable (casada o conviviente) ()

FACTORES CLÍNICOS

9. Anemia: Si () No ()
10. Número de atenciones prenatales: 6 a más atenciones () Menor a 6 atenciones ()
11. Antecedente de placenta previa: Si () No ()

MORBILIDAD MATERNA EXTREMA Y PLACENTA PREVIA

12. ¿Presentó Morbilidad Materna extrema? Si () No ()
13. ¿Tuvo Placenta previa? Si () No ()

Si es si, cuál de estos problemas presentó, marcar el que corresponde:

Enfermedad específica A- Eclampsia B- Shock séptico C- Shock hipovolémico ()

Falla orgánica A- Cardíaca B- Vascular C- Renal D- Hepática E-
Metabólica F- Cerebral G-Respiratoria H- Coagulación ()

Manejo A- UCI B- Cirugía C- Transfusión ()


Anexo 2
OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES		DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES DE RIESGO	OBSTÉTRICOS				
	Número de gestas	Número de gestaciones que ha tenido en toda su vida, incluyendo la actual, indistintamente de su terminación en parto o aborto ²⁴ .	Se identificará en la historia clínica el número de gestaciones que ha tenido en toda su vida, incluyendo la actual	≤ a 1 (Primigesta) ≥ a 2 (Multigesta)	Nominal
	Número de partos	Número de partos o terminación del embarazo vía vaginal o cesárea de uno o más productos vivos o muertos cuyo peso al nacer fue 500 gr o más una edad gestacional de 22 semanas completas a más ²⁵ .	Se identificará en la historia clínica el número de partos que ha tenido en toda su vida, previo a este embarazo	≤ a 1 (Primípara) ≥ a 2 (Multípara)	Nominal
	Número de abortos	Número de abortos que ha tenido en toda su vida, interrupción del embarazo antes de las 22 semanas de gestación y con un peso del producto de la gestación menor a 500g ²⁶ .	Se identificará en la historia clínica el número de abortos que ha tenido en toda su vida, previo a este embarazo	Menor o igual a 1 Mayor o igual a 2	Nominal
	Período intergenésico	El tiempo transcurrido entre embarazos, corresponde al tiempo entre dos nacimientos o terminaciones del embarazo ²⁷ .	Se identificará en la historia clínica el tiempo transcurrido entre la culminación del embarazo previo y el inicio del presente embarazo que comprende a menor de 2 años (corto) e igual o mayor a 2 años (normal o largo).	Menor de 2 años Mayor o igual a 2 años	Nominal
	Antecedente de cesárea	Antecedente de intervención obstétrica que consiste en la extracción del feto y la placenta por vía abdominal a través de una incisión en el útero en gestaciones a partir de las 22 semanas ²⁸ .	Se identificará en la historia clínica si presentó alguna cesárea previa al embarazo actual.	Si No	Nominal
	SOCIODEMOGRÁFICOS				
	Edad	Tiempo de vida o tiempo que se vive cronológicamente ²⁹ .	Se identificará en la historia clínica la edad en años cumplidos al momento de la encuesta	Menor o igual a 35 años Mayor de 35 años	Nominal
	Nivel educativo	Es el grado más elevado de estudios realizados o en curso, sin tener en cuenta si se han terminado o están provisional o definitivamente incompletos ³⁰ .	Se identificará en las gestantes si lograron estudios de primaria a menos (incluye analfabetas) o si lograron estudios secundaria a más (incluye estudios superiores.)	Primaria a menos. Secundaria a más.	Nominal

	Estado civil	Situación en que se encuentra o no, una persona respecto a otra, con quien se crea lazos jurídicamente reconocidos sin que sea su pariente, constituyendo una institución familiar, y adquiriendo derechos y deberes al respecto ³¹ .	Se identificará en las historias clínicas si la gestante se encuentra en una relación estable (casada o conviviente) o se encuentra sola.	Soltera. En unión estable o (casada o conviviente).	Nominal
	CLÍNICOS				
	Anemia	Concentración de hemoglobina con valores menores a 11 g/dL en la gestación, resultado que cambia y debe ajustarse a la altitud de su residencia (msnm) ³² .	Se identificará en la historia clínica, sus exámenes de hemoglobina, y si presentó anemia durante el embarazo actual (menor de 11 g/dL) o no presenta anemia (mayor a 11 g/dL).	Si No	Nominal
	Número de atenciones prenatales	Es el número de atenciones o vigilancia integral de la gestante y feto que es realizado por el profesional de salud, para obtener el nacimiento de un recién nacido sano, sin deterioro de la salud materna ³³ .	Se identificará en la gestante durante su embarazo si logró el número de 6 atenciones (controlada) o fue menos de 6 controles (no controlada).	Controlada. No controlada.	Nominal
	Antecedente de placenta previa	Antecedente de haber tenido una placenta con inserción sobre o muy cerca del orificio interno del cuello uterino ³⁴ .	Se identificará en la historia clínica si la gestante tiene diagnóstico de placenta previa en embarazos previos.	Si No	Nominal
MORBILIDAD MATERNA EXTREMA EN PLACENTA PREVIA		Es una complicación obstétrica en el cual la gestante casi muere durante su gestación, parto o puerperio pero sobrevivió gracias a una atención oportuna y adecuada ³⁵ .	Se identificará en la historia clínica si la gestante presentó algún diagnóstico o caso clínico que la defina como morbilidad materna extrema y que además tenga diagnóstico de placenta previa.	Si No	Nominal

Anexo 3

ACTA DE ORIGINALIDAD DE TESIS

 UCV UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO	ACTA DE APROBACIÓN DE ORIGINALIDAD DE TESIS	Código : POS-PA-FR-0202 Versión : 10 Fecha : 10-04-2018 Página : 1 de 1
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------

Yo, Pro. Pamela Zamparini
 docente de la Facultad Ciencias Médicas
 Escuela Profesional Odontología de la Universidad César Vallejo
 (precisar filial o sede), revisor (a) de la tesis titulada

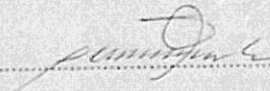
"Factores de riesgo asociados a la movilidad
 maxilar en pacientes post-ortodoncia en Centro
 de Salud Paddock, Cajamarca 2017 - 2018"


del (de la) estudiante Tania Llanos Lly Llerena


constato que la investigación tiene un índice de
 similitud de 09.1% verificable en el reporte de originalidad del programa Turnitin.


El/la suscrito (a) analizó dicho reporte y concluyó que cada una de las
 coincidencias detectadas no constituyen plagio. A mi leal saber y entender la
 tesis cumple con todas las normas para el uso de citas y referencias establecidas
 por la Universidad César Vallejo.


Lugar y fecha Tripilillo, 06 Febrero 2020


 Firma
 Nombres y apellidos del (de la) docente Pro. Pamela Zamparini
 DNI: 1814040


 Revisó Vicerectorado de Investigación


 Revisó Vicerectorado de Investigación


 Revisó Vicerectorado de Investigación


 Revisó Vicerectorado de Investigación

NOTA: La presente es una copia impresa diferente del original, cualquier archivo electrónico que se encuentren fuera de control.
 Virtual Triste serán considerados como COPIA NO CONTROLADA.

por July Jimena Santa Llanos

```

Fecha de entrega: 25/05/2020 12:05:25, (UTC-0500)
Identificador de la entrega: 1240187668
Nombre del archivo: MATRIZ_FINAL_TERCER_A.Y_TAMTA_2020.docx (1586)
Total de palabras: 7937
Total de caracteres: 32265

```

INFORME FINAL REPOSITORIO

1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2207, 2208, 2209, 2210, 2211, 2212, 2213, 2214, 2215, 2216, 2217, 2218, 2219, 2220, 2221, 2222, 2223, 2224, 2225, 2226, 2227, 2228, 2229, 2230, 2231, 2232, 2233, 2234, 2235, 2236, 2237, 2238, 2239, 2240, 2241, 2242, 2243, 2244, 2245, 2246, 2247, 2248, 2249, 2250, 2251, 2252, 2253, 2254, 2255, 2256, 2257, 2258, 2259, 2260, 2261, 2262, 2263, 2264, 2265, 2266, 2267, 2268, 2269, 2270, 2271, 2272, 2273, 2274, 2275, 2276, 2277, 2278, 2279, 2280, 2281, 2282, 2283, 2284, 2285, 2286, 2287, 2288, 2289, 2290, 2291, 2292, 2293, 2294, 2295, 2296, 2297, 2298, 2299, 2300, 2301, 2302, 2303, 2304, 2305, 2306, 2307, 2308, 2309, 2310, 2311, 2312, 2313, 2314, 2315, 2316, 2317, 2318, 2319, 2320, 2321, 2322, 2323, 2324, 2325, 2326, 2327, 2328, 2329, 2330, 2331, 2332, 2333, 2334, 2335, 2336, 2337, 2338, 2339, 2340, 2341, 2342, 2343, 2344, 2345, 2346, 2347, 2348, 2349, 2350, 2351, 2352, 2353, 2354, 2355, 2356, 2357, 2358, 2359, 2360, 2361, 2362, 2363, 2364, 2365, 2366, 2367, 2368, 2369, 2370, 2371, 2372, 2373, 2374, 2375, 2376, 2377, 2378, 2379, 2380, 2381, 2382, 2383, 2384, 2385, 2386, 2387, 2388, 2389, 2390, 2391, 2392, 2393, 2394, 2395, 2396, 2397, 2398, 2399, 2400, 2401, 2402, 2403, 2404, 2405, 2406, 2407, 2408, 2409, 2410, 2411, 2412, 2413, 2414, 2415, 2416, 2417, 2418, 2419, 2420, 2421, 2422, 2423, 2424, 2425, 2426, 2427, 2428, 2429, 2430, 2431, 2432, 2433, 2434, 2435, 2436, 2437, 2438, 2439, 2440, 2441, 2442, 2443, 2444, 2445, 2446, 2447, 2448, 2449, 2450, 2451, 2452, 2453, 2454, 2455, 2456, 2457, 2458, 2459, 2460, 2461, 2462, 2463, 2464, 2465, 2466, 2467, 2468, 2469, 2470, 2471, 2472, 2473, 2474, 2475, 2476, 2477, 2478, 2479, 2480, 2481, 2482, 2483, 2484, 2485, 2486, 2487, 2488, 2489, 2490, 2491, 2492, 2493, 2494, 2495, 2496, 2497, 2498, 2499, 2500, 2501, 2502, 2503, 2504, 2505, 2506, 2507, 2508, 2509, 2510, 2511, 2512, 2513, 2514, 2515, 2516, 2517, 2518, 2519, 2520, 2521, 2522, 2523, 2524, 2525, 2526, 2527, 2528, 2529, 2530, 2531, 2532, 2533, 2534, 2535, 2536, 2537, 2538, 2539, 2540, 2541, 2542, 2543, 2544, 2545, 2546, 2547, 2548, 2549, 2550, 2551, 2552, 2553, 2554, 2555, 2556, 2557, 2558, 2559, 2560, 2561, 2562, 2563, 2564, 2565, 2566, 2567, 2568, 2569, 2570, 2571, 2572, 2573, 2574, 2575, 2576, 2577, 2578, 2579, 2580, 2581, 2582, 2583, 2584, 2585, 2586, 2587, 2588, 2589, 2590, 2591, 2592, 2593, 2594, 2595, 2596, 2597, 2598, 2599, 2600, 2601, 2602, 2603, 2604, 2605, 2606, 2607, 2608, 2609, 2610, 2611, 2612, 2613, 2614, 2615, 2616, 2617, 2618, 2619, 2620, 2621, 2622, 2623, 2624, 2625, 2626, 2627, 2628, 2629, 2630, 2631, 2632, 2633, 2634, 2635, 2636, 2637, 2638, 2639, 2640, 2641, 2642, 2643, 2644, 2645, 2646, 2647, 2648, 2649, 2650, 2651, 2652, 2653, 2654, 2655, 2656, 2657, 2658, 2659, 2660, 2661, 2662, 2663, 2664, 2665, 2666, 2667, 2668, 2669, 2670, 2671, 2672, 2673, 2674, 2675, 2676, 2677, 2678, 2679, 2680, 26

24.

19%
PIONEERS ONE
SATISFIED

1%

26%
TRAVEL JOB OVER
ESTIMATIONS

Abstract

1	Submitted to Universidad Cesar Vallejo <small>Trabajo del estudiante</small>	9%
2	cybertesis.unismar.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	5%
3	creativcommons.org <small>Fuente de Internet</small>	3%
4	Submitted to Universidad Privada Antenor Orosco <small>Trabajo del estudiante</small>	2%
5	repositorio.ucv.edu.pe <small>Fuente de Internet</small>	1%
6	repositorio.uncaario.edu.co <small>Fuente de Internet</small>	1%
7	afilia.concytec.gob.pe <small>Fuente de Internet</small>	1%
8	Submitted to Universidad de San Martín de Porres <small>Trabajo del estudiante</small>	1%

9	ISSN.COM Proceding the International	1%
10	www.minisatud.gov.co Proceding the International	1%
11	Submitted to Universidad Jose Carlos Maristegui Proceding the International	1%

2DO ENVIO REPOSITORIO

INFORME DE ORIGINALIDAD

9%

INDICE DE SIMILITUD

3%

FUENTES DE
INTERNET

1%

PUBLICACIONES

9%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1

Submitted to Universidad Cesar Vallejo

Trabajo del estudiante

5%

2

Submitted to Universidad Ricardo Palma

Trabajo del estudiante

2%

3

Submitted to Universidad de San Martín de
Porres

Trabajo del estudiante

1%

4

Submitted to Universidad Privada Antenor
Orrego

Trabajo del estudiante

1%

5

repository.urosario.edu.co

Fuente de Internet

1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 1%

**AUTORIZACION DE PUBLICACION DE TESIS EN REPOSITORIO
INSTITUCIONAL UCV**

Yo, Jorge Luis Ruiz, identificado con DNI N° 9009903,
egresado de la Escuela Profesional de Química de la
Universidad César Vallejo, autorizo ☒ No autorizo ☐ la divulgación y
comunicación pública de mi trabajo de investigación titulado
Estudio de la cinética de oxidación de la nitrato de amonio por permanganato de potasio en medio ácido
presentado en la tesis de grado en el repositorio virtual de la UCV
(<http://repositorio.ucv.edu.pe/>), según lo establecido en el Decreto Legislativo 822,
Ley sobre Derecho de Autor, Art. 23 y Art. 33.

Fundamentación en caso de no orientación:

[Signature]
2022

Date: Y/00/0000

PECHA

10 de Junho de 2019



Anexo 6

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

AUTORIZACIÓN DE LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

CONSTE POR EL PRESENTE EL VISTO BUENO QUE OTORGA EL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN DE

MS. NASSIA ELENA VALVERDE RONDO
COORDINADORA DE INVESTIGACIÓN DE FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE OBSTETRICIA

A LA VERSIÓN FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN QUE PRESENTA:

JULY JIMENA TANTO LLANOS

INFORME TITULADO:

EPCARDIO DE RIESGO ASOCIADOS A LA FORTIBUENSA POTERNA EXTREMA POR PLACENTA
PREVIA EN CENTRO DE SALUD POLICLÍNICO. CAJAMARCA 2017-2018

PARA OBTENER EL TÍTULO O GRADO DE:

TÍTULO PROFESIONAL DE:
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS

SUSTENTADO EN FECHA: 10-12-2019

NOTA O MENCIÓN: 15

FIRMA DEL ENCARGADO DE INVESTIGACIÓN

